

Ocena skuteczności stosowania Masażu Shantali u niemowląt

Evaluation of the efficacy of Shantala Massage for infants

ANGELIKA MICHALCZAK^{1/}, MAŁGORZATA CHOCHOWSKA^{1,2/}, JERZY T. MARCINKOWSKI^{3/}

^{1/} Pracownia Terapii Manualnej i Masażu, Wyższa Szkoła Edukacji i Terapii w Poznaniu

^{2/} Centrum Terapii Manualnej i Fizjoterapii „Kore”

^{3/} Zakład Higieny, Katedra Medycyny Społecznej, Uniwersytet Medyczny w Poznaniu

Wprowadzenie. Francuski położnik Fryderyk Leboyer w 1976 r. wprowadził na europejski grunt Masaż Shantali (MS). Masaż Shantala wykonuje się bardzo delikatnie (powoli, w stałym rytmie, nie odrywając dłoni od ciała dziecka) i w tradycyjnie ustalonej kolejności: klatka piersiowa, ramiona, przedramiona, dłonie, brzuch, uda, podudzia i stopy, brzuch, grzbiet i twarz. U dzieci prawidłowo rozwijających MS stosuje się w celach profilaktycznych – jest on częścią Rodzicielstwa Bliskości.

Cel badań. Ocena wpływu stosowania MS u niemowląt.

Materiał i metoda. Badania przeprowadzono w Szkole Rodzenia „Żabka” w Gnieźnie, w grudniu 2013 r. Zajęcia instruktażowe z MS odbyły się pięciokrotnie – w ciągu dwóch tygodni (co drugi dzień). W zajęciach uczestniczyło 20 niemowląt (14 dziewczynek i 7 chłopców), w wieku 1-3 m.ż. (średnia 1,4 m.ż.), wraz ze swymi rodzicami (w wieku: 28-42 lata, średnia: 34 lata), którzy wyrazili zgodę na udział w badaniach. Niemowlęta zostały ocenione przez lekarza pediatrę i psychologa. U każdego z dzieci stwierdzono prawidłowy rozwój. Następnie rodzice przez miesiąc kontynuowali masaż samodzielnie w domu. Poproszono rodziców o trzykrotną (1. przed rozpoczęciem cyklu spotkań instruktażowych; 2. po ich zakończeniu; oraz 3. po miesiącu od ostatniego spotkania instruktażowego) subiektywną ocenę (z wykorzystaniem 11-stopniowej skali VAS): ogólnego zachowania się dziecka, łatwości zasypiania, snu, wypróżniania, płaczliwości, a także umiejętności przewidywania potrzeb dziecka oraz więzi z dzieckiem.

Wyniki. Już po 5 spotkaniu zauważono istotną statystycznie poprawę w zakresie wszystkich wymienionych powyżej wskaźników w stosunku do stanu wyjściowego (Test Wilcoxon, $p < 0,05$). Po kolejnym miesiącu wykonywania masażu zauważono dalszą istotną statystycznie poprawę (Test Wilcoxon, $p < 0,05$).

Wniosek. Masaż Shantali można uznać za bardzo skuteczny i potrzebny od pierwszych chwil dziecka na świecie.

Słowa kluczowe: rodzicielstwo bliskości, dotyk, Masaż Shantali, niemowlę, ocena zachowania

Introduction. A French obstetrician Frederick Leboyer in 1976 introduced Shantala Massage (SM). Shantala Massage is done very gently (slowly, in a steady rhythm, keeping hands on the body of the child) and traditionally fixed order: chest, shoulders, forearms, hands, abdomen, thigh, leg and foot, tummy, back and face. In properly developing children SM is used as a prophylactic measure – it is a part of Proximity Parenthood.

Aim. Assessment of the impact of SM in infants.

Material & Method. The study was conducted at the School of Lamaze “Żabka” in Gniezno, in December 2013, instructional MS classes were held five times – within two weeks (every other day). The classes were attended by 20 infants (14 girls and 7 boys) aged 1-3 months (average 1.4 months), along with their parents (age: 28-42 years, mean: 34 years) who agreed to participate in the study. The infants were assessed by a pediatrician and a psychologist. All children manifested normal development. Then the parents for a month continued the massage at home. The parents were asked for a three-time subjective assessment (1. before the start of a series of instruction meetings; 2. after their completion, and 3. a month after the last instruction meeting) (using a 11-point VAS scale): overall behavior of the child, ease of falling sleep, sleeping, defecation, tearfulness, and the ability to anticipate the needs of the child and the relationship with the child.

Results. After 5 meeting a statistically significant improvement was observed in all the indicators listed above in relation to the baseline (Wilcoxon test, $p < 0.05$). After another month, of the massage application a further statistically significant improvement was noted (Wilcoxon test, $p < 0.05$).

Conclusion. The Shantala Massage can be very effective and necessary from the first moments of the child in the world.

Key words: parenting proximity, touch, Shantala Massage, infant behavior assessment

© Hygeia Public Health 2014, 49(3): 501-506

www.h-ph.pl

Nadesłano: 16.07.2014

Zakwalifikowano do druku: 25.07.2014

Adres do korespondencji / Address for correspondence

dr Małgorzata Chochowska

Zakład Higieny, Katedra Medycyny Społecznej, Uniwersytet Medyczny im. K. Marcinkowskiego w Poznaniu

ul. Rokietnicka 5c, 60-806 Poznań

tel./fax 61 854-73-90, e-mail: chochoma@ump.edu.pl

Wstęp

Rola dotyku

Dotyk odgrywa bardzo ważną rolę w życiu, co jest szczególnie istotne u małych dzieci, które dla prawidłowego rozwoju społecznego potrzebują częstego okazywania im czułego głaskania i przytulania – bez których trudno byłoby im przetrwać.

Uważa się, że potrzeba dotyku i odczuwania bliskości jest najważniejszą potrzebą nowo narodzonego dziecka. Położnicy i neonatolodzy doskonale wiedzą, jak ważny jest pierwszy kontakt „skóra do skóry” (*skin to skin*, STS) dziecka i matki bezpośrednio po porodzie [1]. Dlatego dla zachowania tego kontaktu kładzie się nagiego noworodka – jeszcze z zachowaną pępowiną – na nagim ciele matki, aby oboje mogli nawiązać pierwszy kontakt, także wzrokowy. Dziecko musi być w tym okresie ogrzane i okryte tak, aby nie utraciło ciepła, ale kontakt ten nie powinien być zakłócany przez dwie godziny po porodzie. Uważa się, że odpepnięcie i ocena w skali Apgar powinny się odbywać na brzuchu matki, a wszelkie rutynowe czynności poporodowe, jak: ważenie, kąpiel i ubieranie – powinny poczekać do zakończenia wczesnego, a tak ważnego, kontaktu „skóra do skóry”.

Masaż Shantali – dotyk miłości

W Indiach, jak i w wielu innych kulturach tradycyjnych (Afryka, Azja), masaż stanowi formę codziennej pielęgnacji dziecka – począwszy od dnia jego narodzin. Masaż Shantali pochodzi właśnie z Indii – a na grunt europejski wprowadził go w 1976 r. francuski położnik Fryderyk Leboyer [1], który podczas pobytu w Kalkucie spotkał Shantal (od jej imienia pochodzi nazwa masażu) – częściowo sparaliżowaną młodą kobietę, która masowała swoje dziecko (niemowlę) siedząc na ulicy [8].

Leboyer opisuje [2], jak pewnego słonecznego poranka po wyjściu na spacer dzięki Shantal stał się świadkiem spektaklu pełnego piękna i miłości matczynej: „W samotności i ciszy przyglądał się Shantal, która spowodowała w nim zaniepokojenie. To było jak balet, tyle było w tym oddania, stabilnego rytmu i czułości” [2]. Kiedy Shantal skończyła wykonywać masaż i spostrzegła się, że obserwuje ją mężczyzna, uśmiechnęła się do niego, Leboyer zapytał czy mógłby przyjść następnego dnia by ją sfotografować i udokumentować ten masaż. Shantal wydawała się bardzo zaskoczona, ale wyraziła zgodę, a Leboyer przychodził codziennie by uchwycić na zdjęciach powagę, miłość, ciszę i oddanie.

Rodzicielstwo bliskości

Zachwyty Leboyer nad tą głęboko naturalną formą kontaktu matki i dziecka będzie bardziej zrozumiałą,

kiedy uświadomimy sobie, że w tamtym czasie królowało w Europie tzw. „zimne wychowanie”, polegające na dążeniu do szybkiego usamodzielniania się dzieci, do czego starano się dążyć poprzez regularne karmienia dziecka (tzw. „na godzinę” – w opozycji do „na żądanie”), kobiety były zachęcane do podawania dzieciom gotowych mieszanek – co oznaczało szybkie odstawienie dziecka od piersi; ponadto bardzo szybko odzwyczajano dziecko od spania z rodzicami (nawet kosztem długotrwałego płaczu nocnego). Warto także dodać, że w latach 70. i 80. XX wieku przestrzegano kobiety przed noszeniem dziecka („bo się przyzwyczai”) i nadmiernego okazywania dziecku uczuć.

Obecnie propaguje się raczej ideę Rodzicielstwa Bliskości (*attachment parenting*, AP). Termin ten został utworzony przez amerykańskiego pediatrę Williama Searsa, i dotyczy „filozofii rodzicielstwa”, zaczerpniętej z psychologii rozwojowej i opartej na teorii przywiązania, autorstwa Johna Bowliego [3]. Podstawą rodzicielstwa bliskości jest wytworzenie bezpiecznej więzi dziecka z opiekunami, która będzie warunkowała w przyszłości siłę i jakość relacji społecznych oraz będzie miała kluczowy wpływ na późniejsze życie dziecka. Jeśli rodzice są wrażliwi i dostępni emocjonalnie, to pomagają dziecku zbudować bezpieczny styl przywiązania, który sprzyja prawidłowemu rozwojowi społecznemu i emocjonalnemu oraz wpływa na poczucie szczęścia. Mniej wrażliwi i oddaleni emocjonalnie rodzice – którzy zaniedbują potrzeby dziecka – nie zapewnią warunków do wytworzenia bezpiecznego stylu przywiązania [4].

Do elementów rodzicielstwa bliskości należy m.in.: „zapewnić odżywczy dotyk” i właśnie na tym gruncie masaż Shantali zyskuje coraz większą popularność.

Warunki do wykonania masażu Shantali

MS wykonywany jest przed posiłkami lub co najmniej dwie godziny po posiłku. Może być on powtarzany dwukrotnie w ciągu dnia: przed śniadaniem oraz wieczorem przed kąpielą. Pomieszczenie, w którym przystępujemy do masażu, powinno mieć odpowiednią temperaturę. Dziecko powinno zostać całkowicie rozebrane, ale nie może ono odczuwać chłodu. Masaż dobrze jest zakończyć kąpielą oraz ćwiczeniami” [5].

Masaż rozpoczynamy dopiero po nawiązaniu kontaktu wzrokowego oraz emocjonalnego z dzieckiem. Dziecko musi być w bardzo dobrym nastroju i gotowe do współpracy. Podczas masażu opiekun dziecka przyjmuje najczęściej pozycję siedzącą (najlepiej na podłodze), a na swoich wyprostowanych kończynach dolnych na kocu i nieprzemakalnym podkładzie (wynikiem odprężenia, rozluźnienia i dobrego samopoczucia dziecko podczas masażu jest często opróżnienie pęcherza) układa dziecko w pozycji na grzbiecie.

Do masażu używa się oliwki albo pudru dla niemowląt, a w kulturach tradycyjnych – różnych, lokalnie dostępnych olejów naturalnych (z pestek winogron, migdałowego). Główną techniką w MS jest głaskanie, które wykonuje się bardzo delikatnie, powoli, z zachowaniem stałego rytmu, nie odrywając dłoni od ciała dziecka [6, 7].

MS wykonuje się zgodnie z tradycyjnie ustaloną kolejnością. Jako pierwsza masowana jest klatka piersiowa dziecka, następnie, ramiona, przedramiona i dłonie. Następnie po obrocie na brzuch i położeniu dziecka w kierunku poprzecznym w stosunku do kończyn dolnych, wykonuje się masaż grzbietu. Następnie ponownie powraca się do pozycji wyjściowej i wykonuje masaż twarzy. Na zakończenie przeprowadza się kilka ćwiczeń rozluźniających – najczęściej z przekroczeniem linii środka ciała (u niemowląt które ukończyły 3 miesiąc życia).

Cel badań

Ocena stosowania masażu Shantali u niemowląt.

Metodyka

Badania przeprowadzono w Szkole Rodzenia „Żabka” w Gnieźnie, w grudniu 2013 r. Zajęcia z MS odbyły się pięciokrotnie – w ciągu dwóch tygodni (co drugi dzień). W zajęciach uczestniczyło 20 niemowląt (14 dziewczynek i 7 chłopców), w wieku 1-3 m.ż. (średnia 1,4 m.ż), wraz ze swymi rodzicami (w wieku: 28-42 lata, średnia: 34 lat), którzy wyrazili zgodę na udział w badaniach. Niemowlęta zostały ocenione przez lekarza pediatrę i psychologa. U każdego z dzieci stwierdzono prawidłowy rozwój. Kryteria włączenia i wykluczenia z badań przedstawia tabela I.

MS wykonywany był zgodnie z tradycyjnie ustaloną kolejnością – opisaną powyżej. Posługiwano się następującymi technikami (w kolejności wykonywania): „otwieranie książki”, „motyl”, „ruchy przypominające dojenie”, „wyżymanie ręcznika”, „młyńskie koło”, „prasowanie”, „ściskanie paluszków”, „spacerek, wałkowanie”, „mała i duża zjeżdżalnia”, „czesanie”, „A kuku!”, „uśmiechnij się” (ryc. 1). Każdą technikę powtarzano około 5-7 razy, a całe spotkanie trwało 45min. Po zakończeniu serii 5 spotkań instruktażowych, rodzice kontynuowali przez miesiąc wykonywanie MS w domu – samodzielnie.

Dokonano trzykrotnej oceny: 1. przed rozpoczęciem cyklu spotkań instruktażowych MS; 2. po ich zakończeniu oraz 3. po miesiącu od ostatniego spotkania. Wyniki przeanalizowano statystycznie w programie Statistica 6,0.

Ocenię z użyciem 11-stopniowej skali VAS poddano zachowanie się dziecka w subiektywnej ocenie rodziców, w zakresie: ogólnej oceny zachowania się

dziecka („0” – bardzo niespokojne zachowanie, „10” – zachowanie bardzo spokojne); łatwości zasypiania („0” – duże trudności w zasypianiu, „10” – zasypianie bez żadnych trudności); snu („0” – sen bardzo niespokojny, „10” – sen całkowicie spokojny); wypróżnianie się dziecka („0” – bardzo duże trudności z wypróżnianiem, „10” – brak problemów z wypróżnianiem), płaczliwość dziecka („0” – bardzo duża płaczliwość, „10” – dziecko całkowicie spokojne); a także umiejętność przewidywania potrzeb dziecka („0” – brak umiejętności przewidywania potrzeb dziecka, „10” – bardzo dobre przewidywanie potrzeb dziecka) oraz więź z dzieckiem („0” – brak więzi, „10” – bardzo silna więź). Na koniec zadano pytanie o ogólną ocenę MS.

Wyniki

Wyniki badań przedstawiono w tabeli II. Zauważono istotną statystycznie poprawę w zakresie wszystkich wymienionych w tabeli II wskaźników zachowania się dziecka (ANOVA Friedmana, $p < 0,05$) – tabela III.

Istotną statystycznie poprawę w stosunku do stanu wyjściowego odnotowano już po 5 spotkaniu instruktażowym (po 2 tygodniach) – (Test Wilcoxon, $p < 0,05$) – tabela IV. Po kolejnym miesiącu wykonywania masażu zauważono dalszą poprawę, która okazała się istotna statystycznie (Test Wilcoxon, $p < 0,05$) – tabela IV.

Dyskusja

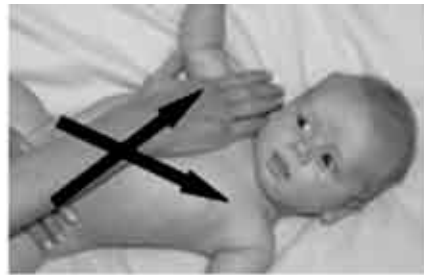
Dotyk jest najważniejszym i najbardziej wykształconym zmysłem w momencie narodzin, a dotyk pełen miłości i ciepła, to być może najdoskonalszy prezent, jakim można obdarować dziecko. Wspaniałą formą dotyku jest Masaż Shantali.

Zwolennicy stosowania Masażu Shantali twierdzą, że czuły i regularny dotyk może zastąpić zabawki mające „przyspieszać” rozwój dziecka. Już wczesne badania Castlera (1965), potwierdzały, że dzieci dodatkowo stymulowane czuciowo w formie głaskania z delikatnym naciskiem rozwijały się szybciej niż dzieci z grupy kontrolnej [8]. Istotny związek rozwoju zdolności poznawczych ze stosowaniem masażu u 4-miesięcznych niemowląt stwierdzili też Cigales i wsp. [9].

Również w badaniach własnych, w subiektywnej ocenie odczuć rodziców niemowląt, dotyczących stosowania Masażu Shantali, masaż ten wypadł korzystnie. Rodzice zauważyli, że skutkiem stosowania masażu było znaczne uspokojenie i wyciszenie dziecka, poprawa zasypiania oraz samego snu. Również inni autorzy [10] potwierdzają związek ukierunkowanej stymulacji kinestatycznej noworodka z jego zacho-



klatka piersiowa – „otwieranie książki”



klatka piersiowa – „motyl”



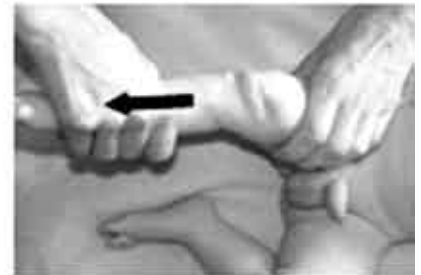
kończyny górne – „dojenie”



kończyny górne – „wyżymanie ręcznika”



brzuch – „młyńskie koło”



kończyny dolne – „dojenie”



kończyny dolne – „wyżymanie ręcznika”



kończyny dolne – „prasowanie”



kończyny dolne – „ściskanie paluszków”



kończyny dolne – „spacerek”



kończyny dolne – „wałkowanie”



grzbiet – „mała zjeżdżalnia”



grzbiet – „duża zjeżdżalnia”



grzbiet – „czesanie”



twarz – „otwieranie książki”



twarz – „a kuku!”



twarz – „zjeżdżalnia”



twarz – „uśmiechnij się”

Tabela I. Kryteria włączenia i wykluczenia z badań

Kryteria włączenia	Kryteria wykluczenia
1. Wiek 1-3 miesiące	Dziecka
2. Skala APGAR od 9 do 10pkt	1. Gorączka
3. Poród siłami natury	2. Ogólny zły stan zdrowia
4. Prawidłowy rozwój dziecka	
5. Dobrowolna zgoda rodziców na udział w badaniu	Rodzica
6. Rodzice uczęszczający na zajęcia z zakresu masażu Shantali	1. Choroba psychiczna – w tym alkoholowa
	2. Zły ogólny stan zdrowia
	3. Brak pozytywnego nastawienia do zajęć

Tabela II. Ocena zachowanie się dziecka przed masażem, po masażu i po miesiącu masażu – w subiektywnej opinii rodziców

Ocena zachowania się dziecka w subiektywnej opinii rodzica/opiekuna	Skala VAS (wyniki uśrednione)		
	Przed masażem	Po 5. spotkaniu	Po miesiącu od ostatniego spotkania
Ogólne zachowanie się dziecka	5,9	9,65	9,8
Zасыпianie	2,75	8,75	9,75
Sen	3,55	7,1	8,55
Rytm wypróżniania	5,35	7,2	9,43
Problem płaczliwości	1,5	4,7	8
Przewidywanie potrzeb dziecka	5,55	7,3	9,95
Więź z dzieckiem	5	7,15	9,9
Subiektywna ocena MS	5,3	7,2	9,95

Tabela III. Analiza statystyczna oceny zachowanie się dziecka przed masażem, po masażu i po miesiącu masażu – w subiektywnej opinii rodziców

Ocena zachowania się dziecka w subiektywnej opinii rodzica/opiekuna	ANOVA Friedmana (N=20, df 2) „Przed masażem” vs „Po 5. spotkaniu” vs „Po miesiącu”
Ogólne zachowanie się dziecka	χ^2 ANOVA=38,12; p=0,0000; Współczynnik zgodności=0,95*
Zасыпianie	χ^2 ANOVA=39,52; p=0,0000; Współczynnik zgodności=0,99
Sen	χ^2 ANOVA=38,12; p=0,0000; Współczynnik zgodności=0,99
Rytm wypróżniania	χ^2 ANOVA=25,33; p=0,0000; Współczynnik zgodności=0,63
Problem płaczliwości	χ^2 ANOVA=39,00; p=0,0000; Współczynnik zgodności=0,95
Przewidywanie potrzeb dziecka	χ^2 ANOVA=40,00; p=0,0000; Współczynnik zgodności=1,00
Więź z dzieckiem	χ^2 ANOVA =35,56; p=0,0000; Współczynnik zgodności=0,88
Subiektywna ocena MS	χ^2 ANOVA =39,52; p=0,0000; Współczynnik zgodności=0,99

*podkreślono wyniki różniące się w sposób istotny statystycznie, przy p<0,05 (wszystkie)

waniem. Prawdopodobnie ma to związek z aktywacją osi przysadkowo-podwzgórzowej oraz normalizacją wydzielania kortyzolu – na co wskazują w swoich badaniach Gunnar [11] oraz Gunnar i wsp. [12]. Kortyzol charakteryzuje się dobowym rytmem wydzielania, w związku z czym jego stężenie w surowicy krwi jest najwyższe w godzinach porannych, zaś najniższe w godzinach wieczornych [13]. Stale wysoki poziom

Tabela IV. Analiza statystyczna oceny zachowanie się dziecka przed masażem, po masażu i po miesiącu masażu – w subiektywnej opinii rodziców

Ocena zachowania się dziecka w subiektywnej opinii rodzica/opiekuna	Test Kolejności par Wilcoxon (N=20)		
	Przed masażem vs po 5 spotkaniu	Po 5. spotkaniu vs po miesiącu	Przed masażem vs po miesiącu
Ogólne zachowanie się dziecka	p=0,000089	p=0,000089	p=0,000089
Zасыпianie	p=0,000089	p=0,000132	p=0,000089
Sen	p=0,000132	p=0,000517	p=0,000089
Rytm wypróżniania	p=0,003090	p=0,001931	p=0,000132
Problem płaczliwości	p=0,000132	p=0,000132	p=0,000089
Przewidywanie potrzeb dziecka	p=0,000089	p=0,000089	p=0,000089
Więź z dzieckiem	p=0,000846	p=0,000089	p=0,000089
Subiektywna ocena MS	p=0,000132	p=0,000089	p=0,000089

wszystkie wyniki różnią się w sposób istotny statystycznie, przy p<0,05

kortyzolu powoduje zwiększenie stężenia glukozy we krwi, co jest korzystne w sytuacji stresowej – stąd kortyzol bywa określany hormonem stresu. Jednakże stale wysoki poziom kortyzolu jest z wielu względów niekorzystny. Normalizację dobowego rytmu wydzielania kortyzolu w wyniku stosowania MS u niemowląt zauważyli też Fogaca i wsp. [14].

Spokojne zachowanie dziecka i umiejętność przewidywania jego potrzeb w naturalny sposób prowadzi do zacieśnienia więzi z opiekunem, co zauważono także w badaniach własnych.

Powyższe zależności należy mieć na uwadze, przy przystąpieniu do masażu Shantali. Generalnie pierwsze zabiegi powinny dać już zauważalne efekty (w badaniach własnych były one widoczne już po 5. spotkaniu instruktazowym – czyli po dwóch tygodniach).

Decydując się na masaż niemowlęcia, zawsze należy mieć na uwadze indywidualną wrażliwość każdego dziecka, jego ogólny stan zdrowia, chęć współpracy dziecka oraz opiekuna. Pisząc o wrażliwości niemowlęcia można w tym momencie wspomnieć regułę Hildebrandta, który mówi między innymi o niekorzystnym działaniu bardzo silnych bodźców na organizm człowieka. „Przy doborze siły bodźca należy kierować się zasadą, że bodziec powinien być tak silny, jak to jest konieczne, a jednocześnie tak słaby, jak to jest tylko możliwe”. Warto jednak podkreślić, że ze względu na swoją wyjątkową delikatność masaż Shantali można stosować nie tylko u dzieci zdrowych (tak jak miało to miejsce w prezentowanych badaniach własnych) ale również u dzieci chorych. Jego pozytywny wpływ wykazano u dzieci z: astmą (poprawa szczytowego przepływu powietrza – *peak air flow*), mózgowym porażeniem dziecięcym oraz zespołem Downa (poprawa napięcia mięśniowego oraz małej i dużej motoryki), z zespołem nadpobudliwości psychoruchowej – ADHD (uspokojenie i większe zado-

wolnienie dzieci), autyzmem (mniejsza liczba zachowań stereotypowych, mniej problemów ze snem, mniejsza awersja do dotyku), u dzieci z płodowym zespołem alkoholowym – FAS (zmniejszony poziom lęku oraz zmniejszenie poziomu kortyzolu we krwi), a także zakażonych wirusem HIV (wzrost komórek CD4) [15].

W tym miejscu należy bardzo mocno podkreślić, że o skuteczności masażu Shantali nie decyduje kolejność technik, czy liczba powtórzeń każdej z nich. Autorzy artykułu wspominają o tym, ponieważ bardzo często rodzice czują, że muszą poprosić specjalistę o masaż swojego dziecka. Nic bardziej mylnego. Każda matka oraz ojciec są stworzeni do masowania swojego dziecka, a fizjoterapeuta powinien udzielać im tylko wskazówek lub rozwiewać wątpliwości dotyczące różnych aspektów masażu (środków pielęgnacyjnych, pozycji itp., czasu trwania).

Wprawdzie masaż Shantalia posiada tradycyjnie ustaloną kolejność – ponieważ taką właśnie kolejność stosowała Shantala. Nie znaczy to jednak, że jest to niezmienny i uświęcony kanon. W tym masażu technika nie odgrywa decydującej roli. Najważniejszą kwestią – która często ulega zagubieniu we współczesnym świecie zachodnim – jest miłość przekazywana w ten sposób dziecku przez matkę, czy ojca.

Na zakończenie warto przytoczyć fragment książki Fredericka Leboyer: „Prawdziwa wiedza jest w tobie. Ta wiedza po prostu jest. Wszędzie. W twoich plecach. W twych rękach, które teraz same podążają w odpowiednim kierunku, nosząc w sobie dziwną siłę. Zmieniły się twoje ręce, zręczne, mądre ręce. Uważne i czułe. Poruszane dyskretnym, nieodwołalnym rytmem. Masaż stał się tańcem.” [2].

Wnioski

1. Masaż Shantali przyczynia się do poprawy zachowania niemowlęcia, wyrażonej poprzez polepszenie rytmu wypróżniania się, zmniejszenie płaczliwości, poprawę zasypiania, oraz jakości snu u niemowlęcia – w subiektywnej opinii rodziców.
2. Masaż Shantali przyczynia się do nawiązania bliższej więzi z opiekunem oraz lepszego przewidywania potrzeb dziecka przez opiekuna – w subiektywnej opinii rodziców dziecka.

Serdecznie dziękuję mojemu dwumiesięcznemu synkowi Stasiowi za cierpliwe i spokojne pozowanie do fotografii wykorzystanych w tym artykule.

Małgorzata Chochowska

Piśmiennictwo / References

1. Browne JV. Early relationship environments: physiology of skin-to-skin contact for parents and their preterm infants. *Clin Perinatol* 2004, 31: 287-98.
2. Leboyer F. Shantali. Tradycyjna sztuka masażu. Mamania, 2012: 1.
3. Bowlby J. Maternal Care and Mental Health. WHO, Geneva 1951.
4. Wikipedia – hasło: Frederick Leboyer (dostęp 20.05.2014).
5. Zborowski A. Masaż w wybranych jednostkach chorobowych. Część II. Wyd AZ, Kraków 1999.
6. Magiera L. Leksykon masażu i terminów komplementarnych. Bio-Styl, Kraków 2008.
7. Ahr B. Masaż niemowlęcia: zdrowie i harmonia twojego dziecka. PZWL, Warszawa 1993.
8. Maas VF. Uczenie się poprzez zmysły – wprowadzenie do teorii integracji sensorycznej. WSIP, Warszawa 1998.
9. Cigales M, et al. Massage enhances recovery from habituation in normal infants. *Infant Behav Dev* 1997, 20: 29-34.
10. Kuhn CM, Schanberg SM, Field T. Tactile kinesthetic stimulation effects on sympathetic and adrenocortical function in preterm infants. *J Pediatr* 1991, 119(3): 434-440.
11. Gunnar RM. Reactivity of the hypothalamic-pituitary-adrenocortical system to stressors in normal infants and children. *Pediatr* 1992, 90(3): 491-497.
12. Gunnar RM, Isensee J, Fust LS. Adrenocortical activity and the Brazelton Neonatal Assessment Scale: moderating effects of the newborn's biomedical status. *Child Dev* 1987, 58(6): 1448-1456.
13. Szutowicz A, Raszeja-Specht A (red). Diagnostyka laboratoryjna. T.1. Gdański Uniw Med, Gdańsk 2009: 224.
14. Fogaca M, et al. Salivary cortisol as an indicator of adrenocortical function in healthy infants, using massage therapy. *Sao Paulo Med J* 2005, 123(5): 215-218.
15. Wruk B, Stryła W. Masaż dziecięcy na przykładzie masażu według Shantali. Propozycje aplikacji klinicznych. [w:] Kierunki rozwoju neurofizjologii klinicznej i terapii manualnej. Huber J, Wytrzążek M, Kabsch A (red). Uniw Med w Poznaniu, Poznań 2010.